



***Politique du Secteur Santé***  
**Gouvernement du Rwanda**

*Février 2005*

## Table des matières

<b>Table des matières.....</b>	<b>2</b>
<b>Préface .....</b>	<b>3</b>
<b>Sigles et Abréviations.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Analyse de la Situation du secteur santé.....</b>	<b>5</b>
<b>3. Contexte Politique .....</b>	<b>9</b>
<b>4. Interventions Prioritaires .....</b>	<b>11</b>
<b>5. Cadre de mise en œuvre et de gestion .....</b>	<b>16</b>
<b>6. Partenariats .....</b>	<b>19</b>

## Préface

De récents indicateurs de santé de notre pays montrent que la plupart des ménages sont en situation de santé précaire leur empêchant de participer pleinement au développement économique du pays. En effet, cette situation s'explique par le nombre élevé des personnes qui tombent malades sans aucune assistance, par un nombre élevé de journées d'absentéisme au travail, d'énormes sommes d'argent dépensées pour les soins de santé et des manifestations funéraires importantes répétitives. Des indicateurs de mortalité infanto-juvéniles et ceux de mortalité maternelle sont particulièrement mauvais. Cette situation s'empire par certains facteurs transversaux liés généralement à la pauvreté, renforcée particulièrement par le PIB trop bas pour maîtriser les maladies transmissibles, la malnutrition et plus récemment le VIH/SIDA et sa propagation.

Le nombre limité des professionnels de la santé (docteurs et infirmières) a été exacerbé par le génocide de 1994 durant lequel beaucoup de vies humaines ont été perdues, et d'autres ont pris le chemin de l'exile et pour le moment nous assistons à des fuites de cerveaux vers les pays étrangers ou quittant carrément le secteur public en faveur des ONG offrant beaucoup plus d'opportunités de survie. Ces réalités du moment constituent un véritable frein au développement et ceci constitue notre défi. En effet, le Rwanda vient de sortir de la période de la guerre et d'instabilité et entre soigneusement dans la phase de développement durable comme déjà défini dans sa vision 2020 et dans ses divers engagements aux plans de développement internationaux tels que les ODM, le NEPAD,...

Le nouveau document de politique se prête à une réforme profonde permettant de répondre efficacement aux problèmes de santé majeurs et à ces nouveaux défis du VIH/SIDA. Cette réforme vient au moment opportun où notre Gouvernement a démarré le processus de la décentralisation et de la planification basé sur la vision 2020 et sur le document de réduction de la pauvreté dans un contexte de bonne gouvernance.

L'on escompte atteindre des résultats tangibles avec cette nouvelle politique à travers différents programmes; la promotion de la médecine factuelle; l'introduction des concepts nouveaux de planification orientés vers les résultats, des techniques de qualité et de performance, des interactions entre la formation des médecins, des paramédicaux et des infirmières tout en utilisant des TICs comme méthodes révolutionnaires d'amélioration de la qualité des soins et de gestion.

Dr. Jean Damascène NTAWUKULIRYAYO  
Ministre de la Santé

## Sigles et Abréviations

°C	: Degré Celsius
Dr.	: Docteur
Km <sup>2</sup>	: Kilomètre carré
%	: Pourcentage
CAMERWA	: Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels au Rwanda
CDMT	: Cadrage des Dépenses à Moyen Terme
CHUK	: Centre Hospitalo-Universitaire Kigali
DOT	: Direct Observed Treatment Short Course
EDS	: Enquête Démographique et de santé
IEC	: Information Education et Communication
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
LABOPHAR	: Laboratoire Pharmaceutique du Rwanda
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PIB	: Produit Intérieur Brut
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SIS	: système d'Information Sanitaire
TBC	: Tuberculose
TIC	: Technologie, Information et Communication
USD	: United States Dollars
VIH	: Virus d'Immuno Déficience Acquise

## 1. Introduction

**1.1** La Politique du Secteur Santé décline la vision globale du Gouvernement du Rwanda du développement dans le secteur de la santé, telle que définie dans la Vision 2020 et le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté, en se basant sur les leçons apprises de la mise en œuvre de la politique du secteur de la santé adoptée en 1996. Par ailleurs, la Politique du Secteur Santé intègre les changements de l'environnement institutionnel qui résultent de la mise en œuvre de la politique nationale de décentralisation.

**1.2** La Politique du Secteur Santé sert de base à la planification nationale dans la santé et de première référence pour tous les acteurs qui interviennent dans le secteur de la santé. Il spécifie les objectifs de politique, identifie les interventions prioritaires de santé pour atteindre ces objectifs, définit les rôles de chaque niveau du système de santé, et fournit des directives pour la planification et l'évaluation des activités dans le secteur de la santé. Un plan stratégique du secteur de la santé, qui l'accompagne, décline les directions stratégiques définies dans la Politique du Secteur Santé afin d'appuyer la mise en œuvre de cette politique.

## 2. Analyse de la Situation du secteur santé

**2.1** *Contexte Historique.* Au Rwanda, le secteur de la santé a subi une transformation profonde au courant du dernier siècle: Pendant la période pré coloniale, les soins de santé consistaient aux méthodes de traitement traditionnelles africaines. L'époque coloniale allemande et dernièrement celle belge ont vu surgir des soins de santé basés sur la foi, et par là l'introduction des méthodes de traitement de la médecine moderne.

**2.2** Durant la seconde partie du 20<sup>ème</sup> siècle, avant la guerre et le génocide, le système de santé rwandais était caractérisé par un centralisme de haut niveau et la prestation de soins de santé presque gratuits. La plupart des infrastructures ont été détruites par les événements tragiques de 1994. Les premières années d'après guerre ont été marquées par la réhabilitation des infrastructures de base et pour le moment le secteur de la santé est prêt à démarrer la phase suivante de son développement.

**2.3** *Contexte général du Rwanda.* Le Rwanda est un pays montagneux et enclavé de 26 338 km<sup>2</sup> situé dans la région des Grands Lacs de l'Afrique Centrale. Il a un climat tempéré, la température moyenne étant de 18°C. Deux saisons des pluies et deux saisons

sèches alternent au cours de l'année culturale. La pluviométrie annuelle varie de 700 à 2000 mm d'eau en fonction de la région. Le pays compte 11 Provinces et la Ville de Kigali subdivisées en 106 districts et villes. Chaque district ou ville est lui-même découpé en secteurs et ces derniers en cellules. Le Rwanda a une population de 8 128 553 habitants et une densité moyenne de 329 habitants/ km<sup>2</sup>. Le taux d'accroissement annuel de la population est de 2.8% , l'indice synthétique de fécondité s'élève à 5.8, et la part de la population de moins de 15 ans est d'environ 49%.

**2.4** L'incidence de la pauvreté est toujours élevée dans le pays : 60% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté et de 42% vivant en extrême pauvreté. Le génocide de 1994 a laissé un héritage terrible et un profile spécifique de la pauvreté dans le pays : une réduction significative des hommes adultes, un grand nombre d'orphelins, beaucoup de ménages sans domicile fixe, une réduction des petites exploitations agricoles familiales, une augmentation de la prévalence du SIDA, et une perte de ressources humaines et d'infrastructures. Les performances de l'économie du pays se sont améliorées, cependant : après une baisse de 50% en 1994, le produit intérieur brut (PIB) s'est graduellement amélioré pour atteindre un PIB\tête réel de \$250 ; il est attendu un taux de croissance annuelle de 8% au cours des 15 prochaines années.

**2.5 Contexte sanitaire.** La situation sanitaire s'est dégradée au cours de la dernière décennie en conséquence du génocide de 1994. L'espérance de vie en bonne santé à la naissance est estimée à 38,3 ans pour l'ensemble de la population : le pourcentage de l'espérance de vie perdue est 13,3 et 14,1 respectivement pour les hommes et les femmes<sup>1</sup>. Le taux de mortalité maternelle s'est accru de 500/100.000 naissances vivantes en 1992 à 1071/100.000 naissances vivantes en 2000<sup>2</sup>. Le taux de mortalité infantile s'est accru aussi de 85/1.000 naissances vivantes en 1992<sup>3</sup> à 107/1.000 naissances vivantes en 2000<sup>4</sup>. Les principales causes de ces niveaux élevés de mortalité au Rwanda sont des maladies transmissibles qui, pour la plupart, sont évitables par des mesures d'hygiène et des changements de comportements.

**2.6** Le **SIDA** et le **paludisme** constituent le fardeau le plus lourd sur le système de santé et l'économie du pays. La prévalence du VIH/SIDA dans la population adulte est estimée à 13,2% dans la ville de Kigali, 6,3% dans les autres zones urbaines, et 3,1% dans les zones rurales. Le paludisme totalise au moins 40% de toutes les consultations des

---

<sup>1</sup> EDS (2000) et le Rapport de la Santé dans le Monde 2003 de l'OMS, Recensement Général de la Population 2002.

<sup>2</sup> EDS (2000).

<sup>3</sup> EDS (1992).

<sup>4</sup> EDS (2000).

centres de santé ; en 2001, le taux de fatalité était estimé à 10,1% dans les hôpitaux de district et 2,7% dans les centres de santé.

**2.7** En dehors de ces principales maladies, les **affections associées à l'accouchement** contribuent aux taux élevés de mortalité maternelle : ces taux élevés sont maintenus par des faibles niveaux d'alphabétisation des femmes, et la sous utilisation des services de planning familial, des services prénatals et des services d'assistance à l'accouchement. La combinaison des causes néonatales, des pneumonies, du paludisme, des diarrhées, du VIH/SIDA et de la malnutrition contribue pour une large part des niveaux de mortalité infantile et juvénile dans le pays.

**2.8** Le nombre de cas de **tuberculose** augmente d'année en année, en conséquence partiellement de la recrudescence de la maladie, liée notamment à l'avènement du VIH, et à une amélioration des cas notifiés. Les événements de 1994 ont eu des effets considérables sur la **santé mentale** de la population du Rwanda. Les séquelles de traumatisme sont particulièrement sensibles chez les enfants. La **malnutrition** reste préoccupante. Une étude réalisée au cours de l'année 2000, faisait valoir que parmi la population des enfants âgés de 0 à 5 ans, le taux d'insuffisance pondérale était de 29%, la proportion des retards de croissance atteignait les 42% et qu'enfin la malnutrition aiguë s'élevait à 7%<sup>5</sup>. Au-delà de cet âge, la situation nutritionnelle des mères reste précaire, et les carences en micronutriments (iode, vitamine A et fer) largement répandues.

**2.9** Le Rwanda est régulièrement confronté à **des épidémies** de choléra, de méningite, de dysenterie bacillaire et de typhus épidémique. Des maladies comme la schistosomiase, l'onchocercose et la trypanosomiase font l'objet d'une surveillance rapprochée. Enfin, il existe toute une liste de maladies, dont l'hypertension artérielle, le diabète et le cancer, le plus souvent liées à la consommation abusive du tabac et de l'alcool, qui sont également suivies avec beaucoup d'attention par le Ministère ayant la santé dans ses attributions.

**2.10 Performances du système de santé.** Les performances des services de santé au cours des cinq dernières années sont plutôt mitigées. L'utilisation des services de santé curatifs au niveau des centres de santé s'est inscrit à la baisse entre 1997 et 2003. Le pays a réalisé, cependant, des taux de couverture vaccinale au-delà de 80%. Dans le domaine de la santé de la reproduction, la proportion des femmes qui ont eu au moins les quatre consultations prénatales est seulement de 10% ; la prise en charge des accouchements en milieu assisté a progressé, passant de 14% en 1997 à 31% en l'an 2000<sup>12</sup>; mais très peu de

---

<sup>5</sup> Enquête démographique et de santé 2000.

grossesses sont au bout du compte référées pour une prise en charge adéquate en milieu hospitalier. Enfin, le taux de prévalence contraceptive pour les méthodes modernes accuse un net recul passant de 13% à 4% de 1992 à 2000.

**2.11** Le niveau de prise en charge des cas de malnutrition reste très limité au niveau périphérique : environ 4% pour les cas de malnutrition sévère et 22% pour les cas de malnutrition modérée en 2000. Cependant, la qualité de la prise en charge des cas de malnutrition chronique s'est améliorée telle que démontrée par l'augmentation des taux de récupération de 51,2% en 1998 à 70,9% en 2000.

**2.12** Bien que l'infrastructure de base, et la disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières se sont améliorées au cours des neuf dernières années, il reste toujours des défis à relever. A la fin de l'année 2003, le pays comptait 34 hôpitaux de district et 375 formations sanitaires périphériques, dont 262 centres de santé et 113 postes de santé et de dispensaires. Des standards relatifs aux infrastructures et des équipements ont été développés, et le rapport sur la carte sanitaire est entrain d'être finalisé. La politique nationale de maintenance et d'ingénierie est en cours de finalisation.

**2.13** La rareté des ressources humaines s'est accentuée depuis 1994 en conséquence de la guerre et attend toujours des solutions appropriées. En raison de la politique de réduction des dépenses publiques, le nombre de personnel non qualifié a été réduit et la proportion du personnel qualifié a augmenté de façon significative passant de 26% en 1997 à 64% en 2002. Les besoins en médecins et en infirmiers A1 sont toujours aigus : cependant, les capacités de formation existantes pourraient combler graduellement ce déficit. Des problèmes continuent de persister dans la politique de recrutement et de motivation du personnel : en effet, le personnel de santé le plus qualifié n'est pas attiré par une carrière dans le système public de santé, où les salaires sont les plus bas, car préférant de migrer dans le secteur privé ou à l'étranger.

**2.14** Les médicaments jouent un rôle important dans la qualité et l'accessibilité des soins de santé. Une agence centrale d'approvisionnement, CAMERWA, a été créée pour assurer la régularité de l'offre de médicaments de qualité et à moindres coûts : elle a contribué à la réduction des prix de détails des médicaments, mais aussi à la réduction des ruptures de stock au niveau des formations sanitaires. Cependant, le problème de l'accès aux médicaments essentiels reste aigu en raison du faible pouvoir d'achat de la population et des faiblesses dans la réglementation des prix.

**2.15** La dépendance du secteur de la santé vis-à-vis de l'aide extérieure reste importante. Environ 50% des ressources financières totales du secteur proviennent de la



coopération internationale, contre 10% du Gouvernement et 33% de la population<sup>6</sup>. La contribution de l'Etat au fonctionnement du secteur santé reste limité, environ de 8% du budget national, ce qui correspond à environ 2,5 USD par habitant et par an ; cependant, le budget du Ministère ayant la santé dans ses attributions s'est accru au cours des dernières années. La problématique de la pérennité financière à long terme du système de santé, étant donné le fardeau qui est déjà supporté par la population, reste parmi les principaux défis du système de santé.

### 3. Contexte Politique

**3.1 Contexte historique.** Avant l'époque coloniale, le système de soins de santé était basé sur la médecine traditionnelle utilisant les plantes, les poudres et les herbes, laquelle médecine était assistée par les esprits pour résoudre les problèmes de santé de la population jusqu'à la survenue de la médecine factuelle mise en œuvre durant la période coloniale jusque dans les années 1970s. Depuis les années 1980s, le Gouvernement du Rwanda est entrain de mettre en œuvre les soins de santé primaires comme la stratégie clé pour l'amélioration de l'état de santé de la population. En février 1995, le Ministère ayant la santé dans ses attributions a initié des réformes dans le secteur de la santé sur la base de la déclaration de Lusaka, qui seront adoptées plus tard en 1996 par le Gouvernement d'Unité Nationale. L'objectif annoncé de cette politique était de contribuer au bien être de la population en assurant des services de qualité, acceptables et accessibles à la majorité de la population, et mis en œuvre avec son entière participation. La politique était basée sur stratégies essentielles: (1) la décentralisation du système de santé basé sur le district sanitaire comme unité de base opérationnelle du système, (2) le développement des soins de santé primaires à travers ses huit composantes fondamentales, et (3) le renforcement de la participation communautaire à la gestion et au financement des services.

**3.2 Mission.** La vision du Gouvernement du Rwanda à l'horizon 2020 est d'assurer le bien-être de la population par l'augmentation de la production et la réduction de la pauvreté dans un contexte de bonne gouvernance. Pour réaliser cette vision le Gouvernement mettra tout en œuvre pour vaincre les maladies liées à la pauvreté et à l'ignorance, et développer un système de santé proactif et performant capable d'identifier les besoins de santé de la population et d'y apporter des réponses appropriées. Dans ce cadre, la mission du Ministère ayant la santé dans ses attributions est d'assurer et de promouvoir l'état de santé de la population du Rwanda. Cette mission sera réalisée en

---

<sup>6</sup> Comptes Nationaux de Santé, 1998.

veillant à la production des services préventifs, curatifs, promotionnels et de réhabilitation de qualité.

**3.3** La concrétisation de cette mission suppose un certain nombre de conditions à savoir : une mobilisation, une répartition équitable et une gestion efficace des ressources, ainsi que la réduction de la dépendance du système de santé vis à vis de l'extérieur sur le plan financier par l'augmentation de la contribution du Gouvernement dans le secteur santé. Les individus et les communautés devront être plus convaincus du rôle qu'ils ont à jouer dans la préservation de leur état de santé ainsi que dans la gestion et le financement des services de santé.

**3.4** *Objectifs.* Pour mener à bien la mission qui lui est assignée, le Ministère ayant la santé dans ses attributions s'est fixé de grands objectifs suivants: (i) améliorer la disponibilité des ressources humaines, (ii) améliorer la disponibilité des médicaments, des vaccins et des consommables, (iii) améliorer l'accessibilité géographique aux services de santé, (iv) améliorer l'accessibilité financière aux services de santé, (v) améliorer la qualité et la demande des services de santé de contrôle des maladies, (vi) renforcer les hôpitaux de référence nationale et de recherche ainsi que des institutions de traitement, et (vii) renforcer les capacités institutionnelles.

**3.5** *Valeurs et principes.* Dans l'exécution de sa mission, le Ministère ayant la santé dans ses attributions s'appuie sur un certain nombre de valeurs : la solidarité, l'équité, l'éthique, l'identité culturelle, le respect de la spécificité du genre. Le Ministère de la Santé est aussi guidé par des principes : l'acceptabilité et la qualité des soins, l'efficacité et l'efficience, la coordination intersectorielle, la participation communautaire, la décentralisation, et l'intégration.

**3.6** *Caractéristiques des soins et services de santé.* Dans le respect des valeurs et principes énoncés ci haut, le Ministère ayant la santé dans ses attributions a défini les caractéristiques des soins et des services fournis dans le cadre de sa mission. Les caractéristiques des soins incluent la continuité, l'intégration des soins, la globalité, et la pertinence des soins. Les caractéristiques des services incluent la décentralisation, la permanence, la polyvalence, et l'efficience des services

## 4. Interventions Prioritaires

**4.1** Sept programmes sont déclinés pour atteindre respectivement les objectifs de la politique du secteur de la santé en se basant sur les valeurs et les principes, et les caractéristiques des soins et des services de santé spécifiés ci haut.

**4.2** *Ressources humaines.* L'objectif du premier programme est d'améliorer la disponibilité de professionnels de la santé qualifiés à travers le pays, particulièrement dans les zones rurales et les zones faiblement desservies. Dans la poursuite de cet objectif, le Gouvernement du Rwanda va développer un plan de ressources humaines, renforcer la formation de base des personnels médicaux et paramédicaux, et renforcer la formation continue du personnel en cours d'emploi. En plus, le Gouvernement du Rwanda va développer des structures d'incitation pour encourager les professionnels de la santé en cours d'emploi pour améliorer leur qualification et leur spécialisation, et pour assurer une distribution équitable du personnel qualifié à travers le pays. Enfin, le Gouvernement va s'assurer de la certification du personnel de santé et encourager l'expansion des associations et des ordres des professionnels.

**4.3** *Médicaments, vaccins et consommables.* L'objectif du second programme est d'améliorer la disponibilité des médicaments de qualité, de vaccins et consommables, particulièrement les médicaments essentiels, les vaccins de routine et les produits de planification familiale. Pour atteindre cet objectif, le Gouvernement du Rwanda va acquérir des médicaments essentiels génériques pour assurer l'utilisation optimale et rationnelle des ressources, assurer que les médicaments, les vaccins et les consommables sont disponibles, accessibles, abordables et utilisés rationnellement par la majorité de la population, appuyer l'approvisionnement de médicaments, de vaccins et de consommables par des associations sans but lucratif et les secteurs agréés, et encourager la production locale de médicaments à faible coût par LABOPHAR et la promotion d'autres initiatives. Le Gouvernement va mettre en œuvre un système de partage des coûts au niveau des centres de santé à travers lequel les médicaments sont acquis au niveau de pharmacies de district et vendus aux patients aux prix les plus bas possibles. Enfin, le Gouvernement va disséminer des informations pharmaceutiques pour encourager l'usage rationnel des médicaments, mettre en œuvre un système d'assurance de la qualité et assurer que la mise sur le marché des médicaments passe par un enregistrement préalable, et assure le suivi du secteur pharmaceutique privé.

**4.4** *Accessibilité géographique aux services de santé.* L'objectif du troisième programme est d'améliorer l'accessibilité des services de santé sur la base du plan de

développement des infrastructures sanitaires. Dans cette perspective, le Gouvernement du Rwanda va établir et adhérer à des standards pour la construction des infrastructures sanitaires, construire des hôpitaux sur la base d'un plan spécifique et détaillé, et établir des standards d'équipement pour le niveau périphérique qui sont adaptés aux besoins fonctionnels de chaque type de formations sanitaires. Le Gouvernement va assurer que les formations sanitaires publiques sont équipées sur la base des standards d'équipement établis, appuyer le laboratoire national de référence, et renforcer la réglementation des laboratoires. Enfin, le Gouvernement va se baser sur la carte sanitaire pour appuyer la planification et la gestion dans la distribution géographique des formations sanitaires et des ressources.

**4.5** *Développement des structures sanitaires à base communautaire.* L'initiative des communautés est reconnue d'être cruciale en matière de délivrance de services de santé. Le Gouvernement va faciliter ces initiatives d'appui communautaire comme la création des dispensaires communautaires sur demande. Pour assurer une approche viable et bien coordonnée, le Ministère de la Santé sera en charge de la supervision et de la validation de telles activités.

**4.6** *Accessibilité financière aux services de santé.* L'objectif de ce quatrième programme est d'améliorer l'accessibilité aux services de santé, parmi les plus pauvres et les groupes les plus vulnérables de la société en particulier. Pour atteindre cet objectif, le Gouvernement du Rwanda va augmenter le niveau du financement public des services de santé. Le Gouvernement va promouvoir des mécanismes de financement communautaire qui renforcent la solidarité et le partage des risques tels que les mutuelles, les systèmes de prépaiement, et l'assurance maladie. Le Gouvernement va organiser le financement du secteur de façon rationnelle et équitable afin de tirer le plus grand bénéfice des ressources limitées disponibles. Le Gouvernement va mettre en place des mécanismes de contrôle pour assurer une meilleure utilisation des fonds alloués, définir une politique de détermination des prix des services et des médicaments afin de guider les prestataires des services de santé au niveau périphérique, et subventionner les services essentiels pour assurer l'accès aux services de santé aux groupes vulnérables.

**4.7** *Qualité et demande des services de santé dans la lutte contre les maladies.* L'objectif du cinquième programme est d'améliorer la qualité et la demande des services de santé dans le cadre de la lutte contre les maladies. Ce programme est décliné en composantes majeures qui mettent l'accent sur les interventions à haut impact sur le contrôle des maladies qui contribuent le plus au fardeau de la morbidité et de la mortalité, et la réduction de la productivité dans le pays, les principaux déterminants et causes de la

santé de la reproduction et de la santé des enfants, et d'autres déterminants de la santé au niveau communautaire.

**4.6.1** Dans le cadre de la lutte contre le **VIH/SIDA**, le Gouvernement va renforcer les mesures pour réduire l'incidence de l'infection, améliorer la prise en charge clinique, psychologique et sociale du patient, et réduire l'impact socio-économique de la maladie. Le renforcement de la lutte contre le VIH/SIDA va se baser sur cinq axes stratégiques : (i) renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH, (ii) renforcement de la surveillance de l'épidémie, (iii) amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées ou affectées, (iv) renforcement des mesures de réduction de la pauvreté et intégration de la dimension genre dans la lutte contre le VIH/SIDA, et (v) renforcement de la réponse multisectorielle et promotion du partenariat et de la collaboration.

**4.6.2** Dans le cadre de la lutte contre le **paludisme**, le Gouvernement va s'appuyer sur le renforcement des mesures de prévention et l'amélioration de la prise en charge des cas en se basant sur l'approche multisectorielle de « *Roll Back Malaria* ». L'approche se base sur : (i) un diagnostic et un traitement rapides des cas, (ii) une meilleure protection des individus et des communautés basée sur plusieurs méthodes (moustiquaires imprégnées, traitement de présomption intermittent de prévention du paludisme chez les femmes enceintes, aménagement de l'environnement, y inclus la lutte contre les vecteurs), (iii) des décisions fondées sur des bases factuelles, sur la surveillance, sur la sensibilisation des communautés et sur des interventions adaptées, (iv) une recherche ciblée, et (v) des activités coordonnées visant à renforcer les services de santé existants.

**4.6.3** Pour réduire la mortalité, la morbidité et la transmission de la **tuberculose (TBC)**, le Gouvernement du Rwanda va renforcer son programme national de lutte contre la lèpre et la tuberculose, et la collaboration avec les programmes de lutte contre le VIH/SIDA et le paludisme. Le Gouvernement va intégrer les activités TBC dans tous les niveaux du système de santé en se basant sur la mise en œuvre de la stratégie DOTS à travers (i) la sensibilisation et le changement de comportements en intensifiant les activités d'IEC et de mobilisation sociale, (ii) le développement et la mise en œuvre d'une stratégie DOTS basée sur la communauté, (iii) la formation du personnel de santé et des techniciens de laboratoire pour la détection précoce, (iv) la formation du personnel de santé en DOTS pour le traitement au niveau des formations sanitaires, et (v) le renforcement du système de référence et de ses liens avec les centres de test et de dépistage du VIH/SIDA.

**4.6.4** Les services de **santé de la reproduction** contribuent à assurer une bonne santé de la famille, en réduisant la morbidité et la mortalité maternelle et infanto juvénile, d'où la haute priorité qui lui est accordée et qui est traduite par l'adoption d'une politique nationale de santé de la reproduction adoptée par le Gouvernement du Rwanda. Les orientations de la politique nationale de santé de la reproduction ont été définies en six composantes prioritaires : (i) la maternité à moindres risques et la santé infantile, (ii) la planification familiale, (iii) la prévention et la prise en charge des infections génitales et les IST/VIH/SIDA, (iv) la santé reproductive chez l'adolescent, (v) la prévention et la prise en charge des violences sexuelles, et (vi) les changements sociaux pour accroître le pouvoir de décision de la femme.

**4.6.5** Pour améliorer la **santé de l'enfant**, le Gouvernement va se baser sur deux composantes : la stratégie de la **Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME)**, la stratégie du **Programme Elargi de Vaccination (PEV)**. A travers la stratégie de la PCIME, la qualité des soins fournis aux enfants de moins de cinq ans tant au niveau de la formation sanitaire qu'au niveau de la famille et de la communauté sera améliorée pour réduire la morbidité et la mortalité due au paludisme, aux infections respiratoires aiguës, à la diarrhée, à la malnutrition et à la rougeole chez les enfants de moins de cinq ans. A travers la stratégie du PEV, les taux élevés de couverture vaccinale contre les maladies cibles de l'enfance seront maintenus. L'éradication de la poliomyélite d'ici l'an 2005, l'élimination du tétanos néonatal et le contrôle de la rougeole d'ici 2005 restent des priorités majeures du PEV.

**4.6.6** Pour réduire la mortalité et la morbidité associées à la malnutrition, la stratégie de **nutrition** va se baser sur une approche multisectorielle. La surveillance nutritionnelle et la promotion de bonnes habitudes alimentaires pour une meilleure nutrition seront intensifiées. En vue d'améliorer la couverture des activités de suivi de la croissance, le suivi de la croissance à assise communautaire sera progressivement mis en place sur l'ensemble du pays. Le personnel de santé sera formé dans la prise en charge des cas de malnutrition sévère, le contrôle des déficiences en Vitamine A et en Fer, et la réduction des anémies. L'allaitement au sein parmi les mères et la consommation du sel iodé seront encouragés. La sécurité alimentaire sera assurée par le biais d'une collaboration intersectorielle de tous les secteurs socio-économiques concernés.

**4.6.7** A travers la composante de la **santé mentale**, le Gouvernement du Rwanda va réviser la politique de santé mentale et élaborer un plan stratégique de santé mentale pour assurer que les services de santé mentale sont intégrés dans toutes les structures de santé du système national et que les problèmes de santé mentale sont en charge au niveau communautaire. Le Gouvernement va développer des standards et des directives pour

l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires, et établir un service de santé mentale pour les enfants. La collaboration intersectorielle entre les ministères sectoriels et entre le Gouvernement et les ONGs sera renforcée. La législation relative à la santé mentale sera révisée.

**4.6.8** Pour maintenir un état de préparation et une réponse rapide aux **maladies à potentiel épidémique**, le Gouvernement du Rwanda va renforcer le système de surveillance épidémiologique de manière à le rendre efficace dans la détection du choléra, de la méningite cérébro-spinale et de la dysenterie bacillaire. Le suivi des maladies émergentes et ré émergentes, comme le typhus exanthématique ou les fièvres hémorragiques, sera renforcée. La gestion des désastres requiert une approche multisectorielle : par conséquent, le Ministère ayant la santé dans ses attributions va prendre les mesures nécessaires pour assurer un niveau adéquat de préparation et de capacité de réponse à ces désastres.

**4.6.9** Etant donné le risque de voir le système de santé confronté à une augmentation anormale de cas de **maladies non transmissibles**, des mesures adéquates seront prises en vue d'éveiller les agents soignants à la prévention, au diagnostic et à la prise en charge de ces maladies. Ces maladies sont essentiellement: le cancer, le diabète ainsi que l'hypertension artérielle et leurs facteurs de risque associés dont la consommation du tabac, l'abus d'alcool, le style de vie sédentaire et la pollution de l'environnement. La santé bucco-dentaire, la prévention de la cécité et la réhabilitation physique des handicapés seront améliorées.

**4.6.10** Le domaine des activités qui améliorent la santé est très vaste. Bien que la plupart de ces **déterminants de la santé** soient placées sous la responsabilité du Ministère ayant la santé dans ses attributions, d'autres sont sous la responsabilité d'autres services et/ou ministères. L'organisation de ces activités requiert nécessairement une collaboration intersectorielle étroite entre ces services et/ou ministères et le Ministère ayant la santé dans ses attributions. Ces activités sont, entre autres : des systèmes de distribution d'eau et d'assainissement conçus pour satisfaire les besoins sanitaires essentiels, la formation du personnel médical et paramédical, y incluse la formation spécialisée, la recherche sanitaire y compris la recherche biomédicale et épidémiologique ainsi que la recherche sur le fonctionnement du système de santé, activités d'hygiène publique (ramassage, élimination des ordures ménagères, et inspection d'hygiène), sécurité routière, prévention et lutte contre les accidents de la route, sécurité du travail, prévention et lutte contre les maladies professionnelles, activités de fourniture de compléments nutritionnels aux personnes exposées et les activités médico-sociales orientées vers les vulnérables.



### **4.7** *Hôpitaux de référence nationale, centres de traitement et de recherche.*

L'objectif de ce programme est de renforcer les hôpitaux de référence nationale et les centres de traitement spécialisé et de recherche. Pour atteindre cet objectif, le Gouvernement du Rwanda va appuyer le fonctionnement des hôpitaux publics de référence nationale, la fourniture des équipements nécessaires pour le plateau technique de référence nationale, la mise en place des infrastructures nécessaires aux activités d'un hôpital de référence nationale afin de permettre aux hôpitaux de référence nationale de jouer pleinement leur rôle. Les capacités de recherche et de formation spécialisée seront renforcées sur la base des priorités nationales.

**4.8** *Capacité institutionnelle.* L'objectif de ce programme est de renforcer les capacités institutionnelles dans le secteur de la santé. Les capacités institutionnelles couvrent plusieurs domaines, y inclus la gestion, la planification, le suivi et l'évaluation, TIC, le système d'information sanitaire, et la formation des personnels administratifs : chacun des programmes présentés ci-dessus inclut des volets de renforcement des capacités institutionnelles dans des domaines spécifiques qui sont complémentaires avec le programme actuel.

**4.9** Pour atteindre l'objectif ci-dessus, le Gouvernement du Rwanda va adopter une approche sectorielle dans la gestion et la coordination des interventions internes et externes dans le secteur de la santé. Le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) sera utilisé comme instrument dans la planification et la gestion du secteur de la santé. Le Gouvernement va adopter un système de planification et de gestion qui est décentralisé avec la pleine participation de la communauté, qui tient compte des priorités définies par le Ministère ayant la santé dans ses attributions, la disponibilité des ressources et la capacité d'absorption dans le secteur. Les capacités administratives seront développées à tous les niveaux dans le contexte de la décentralisation. Le Gouvernement va mettre en place des mécanismes de supervision, de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de la Politique du Secteur Santé en mettant l'accent sur des indicateurs d'intrants et de processus (ressources humaines et financières, utilisation des services, etc.) : les activités d'évaluation interne et externe seront conduites en collaboration avec les partenaires du Ministère ayant la santé dans ses attributions. Enfin, le Système d'Information Sanitaire (SIS) va être renforcé pour appuyer la prise de décisions dans le secteur de la santé.

## **5. Cadre de mise en œuvre et de gestion**

**5.1** La mise en œuvre de la Politique du Secteur Santé se base sur le plan stratégique du secteur de la santé et le cadre de dépenses à moyen terme qui lui est associé. Chaque



année, des plans d'actions opérationnels sont élaborés à chaque niveau du système de santé afin de coordonner les interventions des différents acteurs vers la réalisation des objectifs définis dans la Politique du Secteur Santé. Les rôles des différents acteurs dans la mise en œuvre de la Politique du Secteur Santé sont définis relativement à l'organisation du système de santé et des paquets d'activités définis pour les différents niveaux du système de prestation de soins de santé.

**5.2 Organisation du système de santé.** Le système de santé a une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire, et périphérique. Le niveau central comprend les directions centrales et les programmes du Ministère ayant la santé dans ses attributions, et les hôpitaux de référence nationale. Le niveau central élabore les politiques et les stratégies, assure le suivi, l'évaluation, et la réglementation dans le secteur. Il organise et coordonne les niveaux intermédiaires et périphériques du système de santé, et leurs fournit des appuis administratifs, techniques et logistiques.

**5.3** Dans le cadre de la prestation de soins, le niveau central dispose de trois hôpitaux de référence nationale, y inclus l'hôpital de Butare et l'hôpital de Kigali (CHK) qui constituent ensemble le Centre Hospitalier Universitaire (CHU), et l'hôpital neuro-psychiatrique de Ndera. L'hôpital King Fayçal a été créé pour fournir un niveau d'expertise technique plus élevé que celui des hôpitaux de référence nationale pour l'ensemble des secteurs publics et privés ; son rôle est aussi d'assurer la réduction du nombre de cas transférés à l'étranger.

**5.4** Le niveau intermédiaire, qui se situe au niveau de la Province, s'occupe des questions de politique et de gestion, mais n'est pas un prestataire de soins de santé. La Direction Provinciale chargée de la Santé est responsable de la mise en œuvre des politiques de santé, la coordination des activités, et la fourniture d'appuis administratifs, techniques et logistiques. Elle assure la distribution équitable et l'utilisation efficiente des ressources. Dans le cadre de ses responsabilités, le Directeur chargé de la Santé conseille le Préfet en matière de santé.

**5.5** Le niveau périphérique est représenté par le district sanitaire constitué d'une base administrative, d'un hôpital de district, et d'un réseau de centres de santé publics, agréés, ou privés. Le district sanitaire s'occupe des problèmes de santé de sa population cible. Les fonctions du district sanitaire incluent : (i) l'organisation des services de santé des centres de santé et de l'hôpital de district sur la base des paquets minimum et complémentaire des activités, (ii) le fonctionnement administratif et la logistique, y inclus la gestion des ressources et l'approvisionnement en médicaments sous la responsabilité

de l'équipe cadre du district, et (iii) la supervision des centres de santé et des animateurs de santé.

**5.6** A tous les niveaux du district sanitaire, les décisions sont prises collectivement à travers des comités qui servent de véhicules à la participation communautaire dans le secteur de la santé. La participation communautaire est un élément clé de la stratégie des soins de santé primaires : elle joue un rôle dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de santé primaires, y inclus la mise en œuvre de services au niveau communautaire (nutrition, santé mentale, planification familiale, etc.) et la recherche de solutions appropriées aux problèmes locaux de santé et la mobilisation des ressources.

**5.7** La mise en œuvre de la politique de décentralisation depuis l'année 2000 a été bien reçue dans le système de santé, car elle est venue renforcer les réformes de décentralisation mises en œuvre dans le secteur de la santé dans le cadre de la stratégie des soins de santé primaires<sup>7</sup>. Etant donné le caractère dynamique de la politique de décentralisation, des principes généraux de décentralisation ont été élaborés pour renforcer les arrangements institutionnels des services locaux de santé dans le contexte de la décentralisation : aucun district de santé ne pourra déborder les limites géographiques de la province, un district de santé couvre un district administratif ; mais à titre transitoire, un district sanitaire peut couvrir deux ou plusieurs districts administratifs ; l'allocation des ressources de l'hôpital de district est définie selon les critères de couverture et de capacité d'hospitalisation.

**5.8** Le Ministère ayant la santé dans ses attributions est responsable de l'affectation et du mouvement des professionnels de santé qualifiés. L'équipe provinciale est définie dans le cadre des structures de gestion de la province : le Ministère ayant la santé dans ses attributions en consultation avec le Préfet et le Ministre chargé de la fonction publique assurent sa nomination. L'équipe cadre du district sanitaire est définie dans le cadre des structures de gestion du district : les prestataires de soins disposent d'un statut professionnel spécifique. Le centre de santé dépend administrativement du district où il est situé. L'hôpital de district dépend administrativement du district où il est situé ; au cas où un hôpital de district dessert deux ou plusieurs districts, le conseil d'administration est nommé par la province.

**5.9** *Paquets d'activités.* Des paquets d'activités différents ont été définis pour chacun des niveaux de la pyramide sanitaire pour assurer une prestation équitable de soins à travers le pays et la disponibilité de procédures et de standards d'opération et de

---

<sup>7</sup> La gestion autonome des centres de santé a été instituée depuis 1992, et les districts sanitaires ont été définis comme l'unité opérationnelle de base du système de santé depuis 1996.

gestion, pour permettre une meilleure planification et gestion des ressources, et pour fournir une base pour établir et évaluer la qualité des services de santé.

**5.10** Le paquet minimum d'activités est une liste commune d'activités prioritaires pour tous les centres de santé dont la finalité est de couvrir les problèmes de santé de base d'une façon équitable, efficace et efficiente. Le paquet prend en compte les besoins sanitaires et la demande de la population, en tenant compte des contraintes financières du Ministère ayant la santé dans ses attributions et de la population.<sup>8</sup>

**5.11** Le paquet complémentaire d'activités est une liste commune d'activités prioritaires pour tous les hôpitaux de district, conçue pour fournir des soins de santé curatifs de façon équitable, efficace et efficiente sur la base des techniques qui ne sont pas disponibles au niveau primaire. Les demandes de la population et les ressources financières du Ministère ayant la santé dans ses attributions et de la population déterminent le paquet<sup>9</sup>.

## 6. Partenariats

**6.1** *Approche sectorielle.* Se fondant sur le cadre de stratégie de réduction de la pauvreté, les actions de santé auront un impact durable que si elles sont intégrées dans le programme de développement national dont elles représentent un maillon fondamental. La concertation et la collaboration intersectorielle avec les partenaires ministériels sont indispensables à la mise en œuvre des principaux programmes de santé.

**6.2** La mise en place d'un cadre institutionnel sera nécessaire pour permettre la collaboration intersectorielle aux différents niveaux du système de santé. Les niveaux central, intermédiaire, et périphérique peuvent, sur la base des besoins, mettre en place un cadre de collaboration aligné avec les normes du Ministère de la Santé.

**6.3** *Coopération nationale, régionale et internationale.* La coopération nationale, régionale et internationale est alignée avec les activités du plan stratégique du secteur de la santé élaboré par le Ministère ayant la santé dans ses attributions pour appuyer la mise en œuvre de la Politique du Secteur Santé. La coopération multilatérale et bilatérale et la coopération avec les organisations non gouvernementales sont basées sur des accords mutuels entre le Gouvernement et le pays donateur ou l'organisation. Les mécanismes conjoints de gestion et d'évaluation des ressources pour appuyer les services de santé

---

<sup>8</sup> Voir 'Les Normes du District de Santé,' Ministère de la Santé, 1998.

seront renforcées. Les mécanismes de coordination nationale, régionale et internationale, tels qu'initiés par le Ministère ayant la santé dans ses attributions et certains partenaires, seront mis en place dans le cadre de l'approche sectorielle.

**6.4 *Ordres et associations professionnelles.*** L'existence des ordres professionnels en santé doit aider le Ministère ayant la santé dans ses attributions à mieux organiser l'exercice des professions médicales, dentaires, pharmaceutiques, infirmières et paramédicales. Le renforcement de leurs structures doit leur permettre de mieux appréhender leur rôle notamment : la reconnaissance des qualifications, l'enregistrement des diplômes, la gestion des problèmes liés à l'éthique professionnelle, l'élaboration et la mise à jour de la classification des actes professionnels par catégorie. Elles doivent également appuyer le Ministère ayant la santé dans ses attributions dans le processus d'accréditation des services et de certification des professionnels.

**6.5 *Secteurs privé et agréé.*** Le Ministère ayant la santé dans ses attributions renforce sa collaboration avec les secteurs privé et agréé. La collaboration s'articule autour: (1) d'une plus grande participation du secteur privé dans la prestation de services à l'ensemble de la population, (2) d'une meilleure accessibilité de ce secteur aux facilités proposées par le Ministère ayant la santé dans ses attributions, (3) d'un meilleur enregistrement/encadrement du secteur notamment en terme d'information sanitaire, et (4) d'un renforcement de l'unité en charge au sein du Ministère ayant la santé dans ses attributions. Une convention qui organise la collaboration entre le Ministère ayant la santé dans ses attributions et le secteur privé a été établie.

**6.6** Les formations sanitaires agréées remplissent l'ensemble des fonctions des établissements publics correspondants tel que définies par le Ministère ayant la santé dans ses attributions et disposent de structures de gestion officielles. Elles sont intégrées complètement dans la structure du district de santé. Le secteur agréé est régi par une convention déterminant les obligations et droits respectifs des acteurs impliqués dans ce secteur. Des partenariats locaux entre les ONGs, les églises, les prestataires privés de soins et le secteur public sont encouragés pour assurer une planification coordonnée et intégrée.

**6.7 *Secteur de la médecine traditionnelle.*** Le Gouvernement reconnaît qu'une grande partie de la population continue à recourir aux services de la médecine traditionnelle et encourage celle-ci à s'organiser. Un cadre légal de fonctionnement détermine la manière dont les services de médecine traditionnelle s'articulent avec les services de santé au sein du district. La collaboration avec l'Institut de Recherche

Scientifique et Technologique de Butare permet un développement rationnel de la médecine traditionnelle dans le pays.